

Procedura aperta per l'affidamento della gestione del Centro Residenziale per Cure Palliative denominato "Pain Control Center -Hospice di Solofra"

n. gara ANAC : 6466141

Allegato A

da inserire nella busta contenente la documentazione amministrativa

ATTESTATO DI PRESA VISIONE DEI LUOGHI DI ESECUZIONE DEL SERVIZIO

Il sig. _____ nato a _____
_____ il ____/____/____ e residente
a _____ in Via _____ n. ____ nella qualità di:

- ☐ - **Legale rappresentante;**
☐ - **delegato** (in tal caso deve essere allegata la delega);

dell'impresa: _____

con sede legale in _____ Via _____,

- Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- partita IVA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

di essersi recato presso la struttura del Pain Control Center Hospice di Solofra e di avere preso conoscenza delle condizioni dei locali e di tutte le circostanze generali e particolari che possano influire sulla determinazione dei prezzi ed ha assunto tutte le informazioni necessarie relative ai servizi oggetto dell'appalto, al fine dell'elaborazione dell'offerta.

Data:

(firma leggibile per esteso)

Visto del referente della ASL Avellino per la struttura del Pain Control Center Hospice di Solofra
sig/dr. _____ che identifica il Sig.
_____, mediante esibizione del documen-
to _____ n. _____ rilasciato il _____
da _____.

Data:

Per la ASL Avellino